

Année 1972

118^{N°}

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

BAZIN Claudine (Née MEADEB)

Née le 28 Août 1942 à SAIDA (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

1972

LE DEPISTAGE D'UN TYPE DE CANCER GYNECOLOGIQUE

(dans le cadre des Examens de Santé

de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie

de la Région Parisienne

3 ANNEES DE STATISTIQUES (1968 - 1969 - 1970)

Président de Thèse : Monsieur SAPIN-JALOUSTRE (Professeur)

année 1972

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M É D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

BAZIN Claudine (Née MEADEB)

Née le 28 Aout 1942 à SAIDA (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

1972

LE DEPISTAGE D'UN TYPE DE CANCER GYNECOLOGIQUE

[dans le cadre des Examens de Santé

de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie

de la Région Parisienne

3 ANNEES DE STATISTIQUES (1968 - 69 - 70)]

Président de Thèse : Monsieur SAPIN-JALOUSTRE (Professeur)

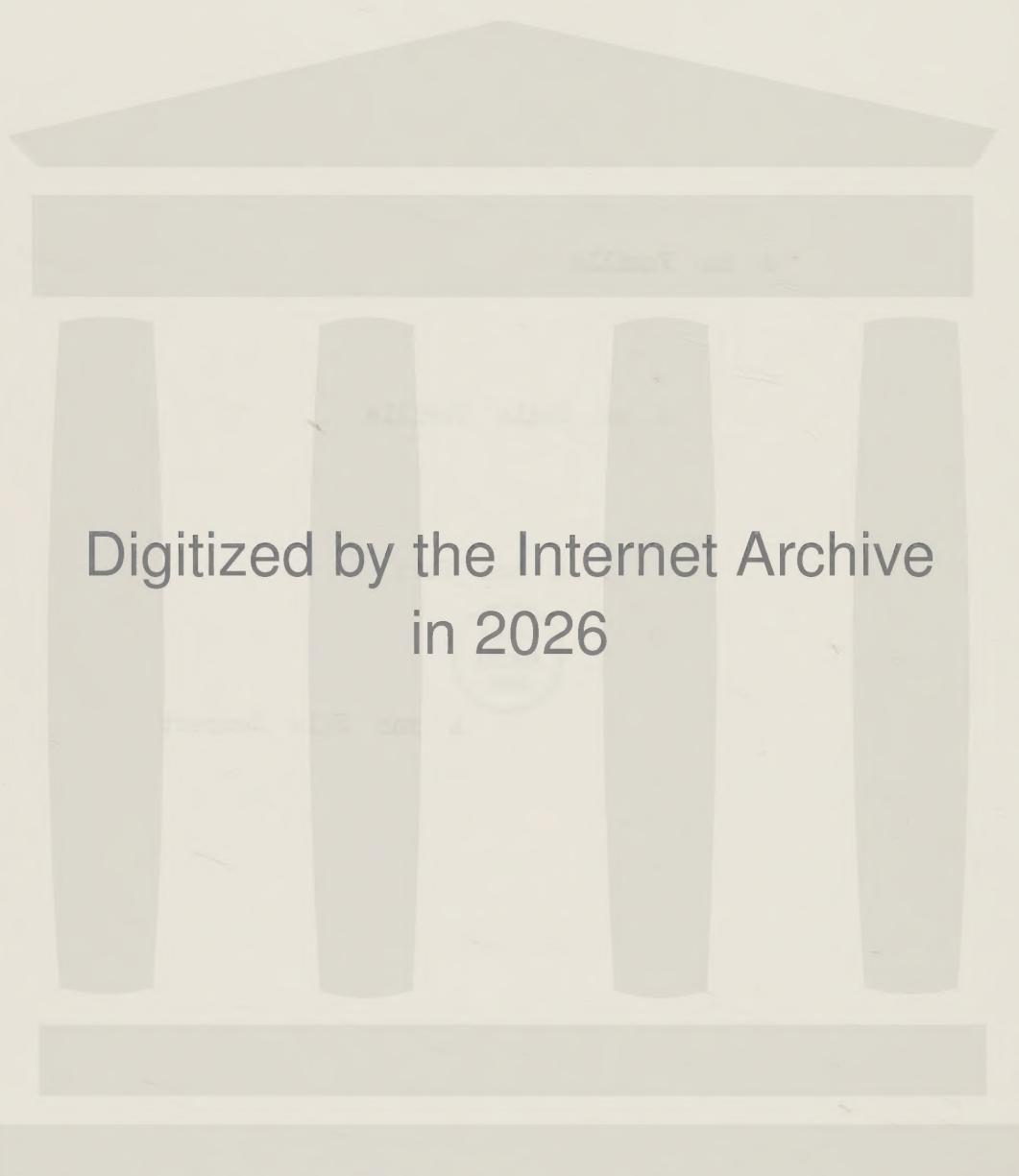


A ma Famille

A ma Belle Famille

A mon Mari

A mon Fils Laurent



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547101_0035

A mes Maîtres

de la Faculté et des Hôpitaux

A Monsieur le Président du Conseil d'Administration

A Monsieur le Directeur Général de la Caisse Primaire
Centrale d'Assurance Maladie de la Région Parisienne.

A Monsieur le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale

Au Responsable de la Division "Prevention Générale" -
Examens de Santé

En remerciement pour leur aide
matérielle qui nous fut si précieuse.

A Monsieur le Professeur SAPIN-JALOUSTRE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
de PARIS

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médaille de la Résistance

Croix de Guerre

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur MICHOLET

Médecin-Chef de la Prévention Générale -- Examens de Santé
à la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie de la
Région Parisienne.

Officier de la Santé Publique.

A Madame le Docteur CHAMPEAU

Adjointe du Médecin-Chef de la Prévention Générale --
Examens de Santé.

Nous les remercions vivement de l'aide
amicale qu'ils nous ont apportée au
cours de l'élaboration de cette notice.

A tous mes Amis et en particulier

à mes Camarades du Centre Réviseur.

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Professeurs titulaires

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

M. ANDRE R.	Hématologie	MM. HUGELIN A.	Physiologie
BRISQUD H.	Pédiatrie	LAPLANE R.	Pédiatrie
BUCHARD R.	Médecine	LE LORIER G.	Obstétrique
CHAMPAUD J.	Médecine	LOMPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie
CAMINAT J.	Cardiologie	LOTEAU J.	Chirurgie
CHERBONNET G.	Chirurgie	MERCIER M.	Histologie
CHERISSE Ed.	Radiologie	MERCIER R.	Obstétrique
CHIEGET P.L.	Chirurgie infantile	MILHAUD G.	Biophysique
CONTAMIN Fr.	Neurologie	NICK J.	Neurologie
CONTE M.	Médecine	ORSEL L.	Anatomie pathologique
DAGUET L.	Bactériologie	PERRAULT M.	Médecine
DEBRAY J.	Médecine	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
FLABEAU P.	Chirurgie	POLONOVSKI G.	Biochimie
GRABEAUX J.	Thérapeutique	RICHERT G.	Néphrologie
GOSSUT J.	Chirurgie	WOLFROMM R.	Médecine

Professeurs sans chaire

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

MM. BRICOUT P.	Bactério-Virologie	MM. GOLVAN Y.J.	Parasitologie
CHIEGET J.	Radiologie	LESTRADET H.	Pédiatrie
MM. CHIEGET A.	Stomatologie	PICARD J.	Biochimie
MM. DUBREUIL G.	Hématologie	RCUX Ch.	Embryologie
GERARD P.	Physiologie		

Maîtres de Conférences

-:-:-:-:-

MM. AKOUN G.	Médecine	MM. LASFARGUES G.	Médecine
ARDAILLOU R.	Physiologie	LAUGIER A.	Radiologie
BACH S.	Chirurgie	LEVY V.G.	Médecine
BARRY G.	Chirurgie	MALAFOSSE M.	Chirurgie
CHENET G.	Pharmacologie	MAROTI R.	Biophysique
CLOUARD Cl.	O.R.L.	MAY J. Ph.	Néphrologie
CLONARD H.	Médecine	Mme MIGNON Fr.	Néphrologie
Mme C. BRISBON A.	Hématologie	MM. GAGNON G.	Médecine
MM. COSCAS G.	Ophthalmologie	PAQUELIN Fr.	O.R.L.
DAUTRY P.	Chirurgie	PIERON R.	Médecine
DELMARE P.	Anesthésiologie	PISSARRO B.	Médecine préventive
DEYON D.	Radiologie	POULET J.	Médecine
DEY J.	Médecine	RAPPINI Cl.	Biochimie
FOUET P.	Thérapeutique	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
GAUTIER H.	Physiologie	ROLAND J.	Anatomie pathologique
GRUNER M.	Chirurgie infantile	SALAT J.	Gynécologie
GUILMET Cl.	Anesthésiologie	SALMON Ch.	Hématologie
GUYRAUDON G.	Anatomie	SANTARELLI J.	Obstétrique
HERMAN D.	Médecine	WARGON H.	Médecine expérimentale
HUGUET Cl.	Chirurgie	WEINMANN S.	Biochimie
HUGUIER M.	Chirurgie		

Enseignants Associés

-:-:-:-:-

Professeur Associé	MM. BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. C. A. Associé	ELIAKIS Em.	Médecine légale

Enseignants Contractuels

--:--:--:--:--

M.C.A.

M. KIRSCH F.

Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

--:--:--:--:--

MM. BENOIST	Rhumatologie	MM. DUNET	Endocrinologie
BRUEZIERE	Chirurgie infantile	LOTTREDO	Obstétrique
CRISTOL	Cardiologie	SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

--:--:--:--:--

MM. CASASSUS	Cardiologie	MM. HIVET	Chirurgie
COUVREUR	Thérapeutique	MIGNOT	Neurologie
DES LAURIERS	Neurologie	SAUVAN	Cardiologie
GALLOUEDEC	Pneumologie	VANNIER	Pneumologie

INTRODUCTION

- La disproportion entre les possibilités thérapeutiques d'un cancer génital pris à son début et le pronostic très sombre d'un cancer évolué a conduit les responsables médicaux à développer des Centres de dépistage précoce.

La Caisse Primaire de Sécurité Sociale de la Région Parisienne dans le cadre des Examens de Santé a créé, dans cette optique des consultations de gynécologie spécialisée :

La première consultation de ce circuit "gynéco-spéciale" fut ouverte en Aout 1962 au Centre de Diagnostic, rue REAUMUR. Depuis lors plusieurs Centres fonctionnent.

Les femmes qui se présentent à ces consultations sont volontaires, ce qui permet d'examiner des femmes "apparemment saines" de toute lésion génitale.

Des résultats de ces examens ont été tirés des études statistiques.

- Il nous parut intéressant de reprendre les statistiques de 1968 et 1969 portant sur les lésions du col utérin et en particulier les cancers du col, de les compléter par celles de 1970 et d'en faire une analyse précise en fonction de certains critères :

- formes symptomatiques et asymptomatiques
- influence de la parité
- influence de l'âge et des épisodes de la vie génitale.

- Un point a paru nécessaire d'être souligné : la fréquence, chez des femmes asymptomatiques de lésions banales du col utérin, mais lésions qui peuvent masquer un cancer ou dont le rôle dans la pathogénie du cancer peut être évoqué : c'est ainsi que l'on peut dire, ce circuit de dépistage est aussi un organisme de prévention.

- Quand on sait que le cancer génital féminin représente 11 à 12 % de l'ensemble des cancers féminins et si l'on pense qu'une détection précoce par les moyens thérapeutiques qu'elle permet de mettre en oeuvre, peut amener une survie prolongée, on voit tout l'intérêt de tels examens.

ORGANISATION DU DEPISTAGE

I - RAPPEL DE L'ORGANISATION DES EXAMENS DE SANTE

Les Examens de Santé ont été institués par l'Article 31 de l'Ordonnance du 19 Octobre 1945, devenu l'Article 294 du Code de la Sécurité Sociale. Cet Article stipule que :

"La Caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille à certaines périodes de la vie à un examen de santé gratuit."

Ces dispositions ont été complétées par l'article 36 du Rapport d'Administration Publique du 29 Décembre 1945, puis les arrêtés ministériels du 19 Juillet 1946, du 11 Février 1947 et du 21 Mars 1947.

La Caisse Primaire Centrale de la Région Parisienne a, la première, organisé des Examens de Santé gratuits dans sa circonscription, à partir du 13 Mai 1947.

Les assurés sont convoqués par tranches d'âge de 5 ou 10 ans pour subir, outre un examen somatique complet par un médecin généraliste, une radioscopie, une recherche sérologique de la syphilis, une analyse quantitative des urines - Cet examen de base peut ne pas suffire. L'assuré est alors dirigé sur le spécialiste dont relève son cas. La prise de conscience de la gravité du cancer par la population, grâce à l'éducation sanitaire permettant de lever hésitations et préjugés, a conduit la Caisse Primaire Centrale à développer son action dans la prévention de cette affection et en particulier dans celle du cancer gynécologique.

Depuis plusieurs années les consultations de certains services hospitaliers ont été soutenues financièrement par la Caisse Centrale.

Depuis l'ouverture de ces consultations jusqu'en 1964, 140.284 femmes ont été vues, dont 2.735 étaient porteuses d'un cancer gynécologique.

à un stade clinique ou infra-clinique.

Mais les femmes examinées dans ces services hospitaliers étaient venues consulter pour différentes raisons :

- soit elles étaient envoyées par leur médecin traitant qui, suspectant une affection gynécologique, désirait l'avis d'un spécialiste.
- soit elles venaient directement consulter devant l'apparition d'un symptôme qui les inquiétait.

Rares étaient celles qui venaient se soumettre à un examen de dépistage systématique alors qu'aucun conseil médical, qu'aucun symptôme ne les y poussait.

Il existait donc une large couche de population féminine, composée de femmes apparemment saines, qui échappait à ces consultations hospitalières.

C'est dans le but de drainer un public plus large qu'ont été créés les consultations de gynécologie spécialisées propres à la Caisse Primaire Centrale, et indépendantes des services hospitaliers précités.

II - ORGANISATION DES CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE SPECIALISEES

C'est en Octobre 1962, au Centre de diagnostic et de soins de la C.P.C.S.S.R.P., 106, rue Réaumur, que fut ouverte la première consultation. Rapidement devant des résultats extrêmement probants, pour répondre à l'accroissement des consultantes, de nouvelles consultations ont été implantées.

Le recrutement de ces consultations est axé sur le volontariat.

Les assurés convoqués par tranches d'âge aux examens de santé reçoivent en même temps que l'invitation classique, un bristol. Cette dernière plaquette destinée à l'assurée (ou à la famille féminine : conjointe,

descendante, ascendante, collatérale, d'un assuré), lui apprend l'existence de ces consultations ainsi que leur but, confirme leur caractère gratuit ainsi que le devoir fait à la consultante d'aller voir son médecin traitant à l'issue de l'examen.

Les femmes adressant ce bristol au Service des Examens de Santé, 5 rue de la Durance PARIS 12ème, reçoivent un rendez-vous pour l'une des consultations : rendez-vous adapté à leur lieu d'habitation.

Le mode de recrutement permet d'avoir des consultantes de tout milieu social, de tout âge, présentant ou non des symptômes, et donne la possibilité de toucher une clientèle vraiment de "tout venant".

Chaque consultation dure trois heures au cours desquelles environ une demi-heure est consacrée à chaque assurée. Ces consultations sont confiées à des médecins gynécologues qualifiés.

Preliminaires

Dès l'arrivée au Centre de la consultante, les noms et adresse de son médecin traitant lui sont demandés. En effet le Service des Examens de Santé n'est habilité qu'à l'exercice d'un rôle préventif et diagnostique. Il est dès lors capital de connaître le médecin traitant car une suite thérapeutique ne saurait attendre en cas de dépistage d'une affection maligne.

D'autre part, de nombreuses affections gynécologiques bénignes nécessitant également un traitement sont mises en évidence au cours de ces consultations. La liaison de la consultation de gynécologie spécialisée avec le médecin traitant est donc systématique quel que soit le résultat de l'examen.

Après ce préliminaire, se déroule la consultation.

Elle comporte :

- Un interrogatoire portant sur l'âge de la malade, ses antécédents gynécologiques tant médicaux, que chirurgicaux, ses antécédents généraux.

Cet interrogatoire s'enquiert également de l'existence de signes fonctionnels et surtout de ceux pouvant orienter vers le cancer.

- La femme est ensuite mise en position gynécologique, un spéculum est introduit et des frottis de cyto-détection sont effectués.

[La méthode de détection du cancer gynécologique par la cytologie exfoliative fut mise au point dès 1941 par PAPANICOLAOU.

Les cellules desquamées du col sont prélevées, étalées sur lames, fixées par la coloration de PAPANICOLAOU, puis interprétées.

Le prélèvement se fait à différents niveaux :

- frottis vaginal dans le cul-de-sac postérieur du vagin,
- frottis cervical au pourtour immédiat de l'orifice cervical ou sur une lésion cervicale existante,
- frottis endocervical au niveau de l'endocol,
- éventuellement un frottis endométrial par aspiration.

Les cytologistes formulent leur réponse selon la classification de PAPANICOLAOU :

- classe I : frottis négatif : cellules normales.
- classe II : frottis négatif : cellules inhabituelles avec quelques anomalies considérées comme bénignes.

- classe III : frottis suspect : cellules atypiques mais le degré d'atypie n'est pas assez marqué pour être interpréter comme malin. Dans ce cas, il commande le renouvellement régulier de tels prélèvements.
- classe II : frottis positif : présence de cellules peu nombreuses dont les anomalies peuvent être interprétées comme cancéreuses.
- classe V : frottis positif : présence de cellules cancéreuses en grand nombre.

La découverte de cellules cancéreuses (frottis classe IV et V) est, dans la majorité des cas, la preuve la plus précoce de l'existence d'une tumeur utérine, et le frottis constitue donc, en matière de dépistage de masse du cancer gynécologique une méthode très précieuse.

En outre, la lecture du frottis indique s'il existe une parasitose ou une infection qu'il importe de soigner, et renseigne sur l'état hormonal de l'assurée à la date du prélèvement.]

Mais il est évident que les frottis ne sauraient constituer à eux seuls une preuve irréfutable de tumeur utérine que seule la biopsie suivie de l'examen histologique permet d'affirmer. C'est pourquoi la colposcopie constitue le troisième temps de l'examen. Elle comporte :

- un examen sans préparation
 - un examen après application sur le col d'acide acétique qui fait ressortir les anomalies de la muqueuse.
 - un examen après application d'une solution de Lugol fort ou test de Schiller, permettant de distinguer les zones recouvertes d'épithélium malpighien normal prenant le Lugol (ou iode positif), et les zones anormales dépourvues de glycogène qui sont iodo-négatives.
- Au cours de la colposcopie, sont prises des colphotographies en couleur, en principe trois par assurée :
- une de sécurité
 - une destinée au Médecin traitant
 - une pour le service central.

Les colpophotographies vont constituer un document précieux, dont l'étude comparative avec les résultats cytologiques, voire histologiques apporte une sécurité supplémentaire dans l'affirmation du diagnostic.

De plus elles peuvent permettre ultérieurement de confirmer ou de justifier diagnostic et thérapeutique.

- La biopsie est l'examen d'appoint indispensable à la cytologie et à la colposcopie. Elle seule permet de rendre compte de la structure tissulaire. C'est pourquoi elle doit être appliquée devant tout aspect anormal vu en colposcopie, même si les frottis sont négatifs.

Si les frottis sont douteux, c'est encore l'anatomopathologie qui est concerné, et les assurées sont reconvoquées pour biopsie (et nouveaux frottis).

De même si les frottis sont positifs et si la colposcopie n'a pas révélé d'anomalie suspecte, les assurées sont priées de se présenter à nouveau pour confirmation histologique.

- L'examen physique est le dernier temps de la consultation.

Le toucher vaginal combiné parfois au toucher rectal permet de rendre compte de l'existence d'anomalies cervicale, corporeale, annexielle, ayant pu échapper aux examens précédents, et d'apprécier le degré d'extension d'une tumeur maligne éventuelle.

Pendant la consultation, est constitué le dossier médical de l'assurée. Ce dossier est mis en instance durant les quelques jours nécessaires pour recevoir les résultats des frottis et de la biopsie éventuelle.

Au fur et à mesure de la rentrée des résultats, les médecins spécialistes gynécologiques peuvent ainsi formuler leurs conclusions.

L'assurée reçoit le résultat de l'examen auquel elle s'est soumise, hormis lors de dépistage grave. Les résultats sont alors directement envoyés au médecin traitant, l'assurée étant priée d'entrer en contact avec son praticien.

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE DE LA R.P.
PREVENTION GENERALE

5, rue de la Durancé - PARIS (12ème)

- Téléphone -
307 - 43 - 59
Poste 257

A rappeler dans toute correspondance

Le

Notre référence

EXAMENS DE SANTE - GYNECOLOGIE

Votre référence

Objet

Consultation spéciale de gynécologie

Madame,

En réponse à votre demande d'inscription pour une consultation
spéciale de Gynécologie nous vous prions de bien vouloir vous
présenter au :

**CENTRE D'EXAMENS DE SANTE
SPECIALISTES**

10, rue Delbet - Paris 14^e - Métro : Alesia ou PLAISANCE

le _____ à _____ h _____
tes précises.

En cas d'empêchement, vous nous obligeriez en nous en
informant le plus tôt possible, au besoin par téléphone.

Nous vous fixerons aussitôt un nouveau rendez-vous.

Veuillez agréer, Madame, l'assurance de notre considération
distinguée.

Le Chef du Service :

Madame,

Le service des Examens de santé de la Caisse primaire centrale d'Assurance Maladie met à votre disposition une consultation de gynécologie, exclusivement orientée vers le dépistage précoce du cancer et des autres lésions de l'appareil génital.

Cette consultation absolument gratuite, pratiquée par un spécialiste, s'adresse à vous, même si votre santé est apparemment excellente. Elle est exclusive de toute thérapeutique et les résultats complets en seront communiqués au médecin de votre choix.

Si cette proposition vous intéresse, que vous soyez vous-même assurée sociale, ou conjointe d'un assuré, remplissez au verso cette partie de l'imprimé et adressez-la, sous enveloppe, en franchise postale à

**CAISSE PRIMAIRE CENTRALE
D'ASSURANCE MALADIE DE LA R. P.
SERVICE DES EXAMENS DE SANTE
5, rue de la Durance — 75 - Paris (12^e)**

Nous vous fixerons aussitôt un rendez-vous

AVIS IMPORTANT. Cet examen ne fait que compléter sur un point particulier et seulement si vous le désirez, l'examen de santé habituel pour lequel nous vous invitons à vous présenter au Centre indiqué sur la convocation jointe.

Le but principal de ce circuit de gynécologie spéciale est double.

- d'une part le dénistage (détection d'anomalies bénignes ou suspectes de malignité ignorées de la patiente)
- d'autre part la prévention, en dénonçant les multiples affections momentanément sans gravité, mais dont le rôle dans la pathogénie du cancer peut être envisagé :
 - cervico-vaginites négligées
 - ectopies cervicales mal cicatrisées

Cette pathologie que l'on peut suspecter être favorable au développement d'un cancer est souvent asymptomatique.

.....

Nous allons brièvement envisager les principales lésions qui peuvent être constatées au niveau du col :

1°) - Les états dystrophiques du col utérin

On groupe sous ce terme général de dystrophie un certain nombre d'anomalies des muqueuses pavimenteuses et glandulaires du col.

- L'ectopie papillaire : la muqueuse endocervicale est caractérisée par la présence sur l'exocol d'une muqueuse glandulaire mucipare de type endocervical.

Elle doit être considérée comme un état physiologique de la muqueuse, plutôt que comme une lésion véritable.

- La métaplasie pavimenteuse de l'épithélium cylindrique est due à la prolifération des cellules de réserve qui forment sous l'épithélium cylindrique plusieurs couches de cellules d'aspect pavimentaire indifférenciées ou non.

Il existe tous les intermédiaires entre la métaplasie pavimenteuse frustrée ou il y a une couche unique de cellules pavimenteuses sous l'épithélium cylindrique, et la métaplasie pavimenteuse complète

qui aboutit à la formation d'un épithélium pavimenteux stratifié épais recouvert par une couche souvent plus ou moins discontinue de cellules cylindriques.

Cet épithélium peut être différencié et contenir du glycogène.

L'intérêt de cette lésion est dû aux difficultés de diagnostic histologique qu'elle peut poser lorsqu'elle se produit dans les glandes cervicales où dans une muqueuse papillaire :

les incidences de coupe peuvent donner l'aspect de bourgeons épithéliaux isolés, disséminés dans le tissu conjonctif, loin de l'épithélium de surface, et conduire faussement au diagnostic de cancer invasif, alors que la clinique montre qu'il s'agit d'une lésion fréquente et d'évolution habituellement bénigne.

- Les dysplasies à noyaux réguliers :

Ces lésions se caractérisent essentiellement par des anomalies de la différenciation des couches cellulaires et de la charge de glycogène sans anomalie nucléaire et sans prolifération anormale.

Les cellules de la couche profonde ont un aspect sensiblement normal.

Les cellules moyennes et superficielles sont habituellement petites avec un cytoplasme abondant et basophile.

Les noyaux sont réguliers.

La charge en glycogène est absente, ou très faible et irrégulière.

Les cellules superficielles desquament isolement et sont nucléées.

La basale présente une limite soit rectiligne, soit festonnée.

Habituellement la limite entre cet épithélium dysplasique et l'épithélium normal est nettement tranchée :

A coté d'une cellule normale, on trouve une cellule pathologique.

- Les états leucoplasiques :

La leucoplasie se caractérise essentiellement par une différenciation anormale de l'épithélium pavimenteux stratifié qui forme une couche de kératose superficielle.

Les cellules basales ont habituellement une morphologie normale.

Les cellules moyennes ne contiennent pas de glycogène et ont des ponts intercellulaires très apparents.

Les cellules superficielles contiennent des granulations basophiles. Au lieu de desquamer isolément, elles perdent leur noyau et s'agglomèrent pour former une couche de kératose plus ou moins épaisse qui se décolle en larges squames.

2°) - L'épithélium intra-épithélial

Il peut être défini :

- par des modifications de l'architecture tissulaire et des anomalies cytologiques qui le distinguent des dysplasies banales.
- par ses rapports avec le tissu conjonctif et ses caractères topographiques qui le distinguent du cancer invasif (intégrité de la membrane basale).

3°) - Les dysplasies à noyaux irréguliers

Ce sont des lésions de l'épithélium pavimenteux stratifié, caractérisées par l'absence de glycogène, l'absence de différenciation des couches cellulaires et par la présence de nombreux noyaux irréguliers, volumineux et hyperchromatiques mais sans prolifération anormale.

Ces lésions peuvent correspondre :

- soit à des états dysplasiques ou atrophiques de l'épithélium pavimenteux stratifié dans lesquels, à l'occasion d'une inflammation,

apparaissent des anomalies nucléaires :

d'où la nécessité de faire de nouveaux prélèvements, après traitement

- soit à des épithéliums intra-épithéliaux en période de repos mitotique

La distinction entre dysplasie à noyaux irréguliers et épithéliome intra-épithélial est nécessaire du point de vue statistique pour éviter l'inflation du nombre de cas d'épithéliome intra-épithélial.

Sur le plan pratique beaucoup de cliniciens ont tendance à traiter ces lésions de dysplasie à noyaux irréguliers comme un épithélium intra-épithélial.

4°)- Enfin les épithéliomas avec invasion localisée

Qui posent le problème même de la réalité du cancer intra-épithélial par rapport aux cancers invasifs.

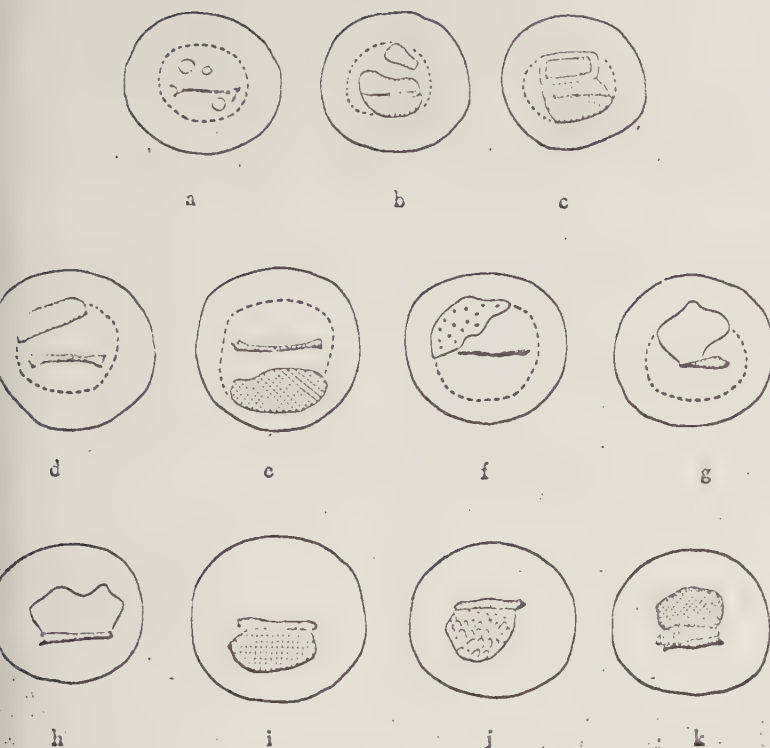


SCHÉMA 1. — Principaux symboles colposcopiques.

- a) Zone de remaniement avec œufs de Naboth et orifices glandulaires.
- b) Ectopie périorificielle et petite zone d'ectopie à distance dans la zone de remaniement.
- c) Erosion vraie de la lèvre antérieure, en bordure de l'ectopie.
- d) Leucoplasie.
- e) Mosaïque.
- f) Base.
- g) Zone iode-négative à contours nets sans particularité.
- h) Zone iode-négative à contours flous.
- i) Zone rouge à contours nets.
- j) Zone bosselée à contours nets.
- k) Mosaïque surélevée.

(D'après C.R. de la Soc. Franç. de Gynécol., janv. 1954.)

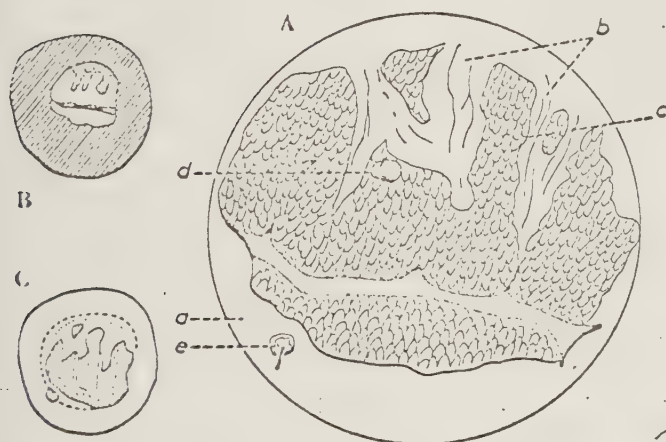


SCHÉMA 2.

- A) Image colposcopique d'après MESTWERDT :
 - a) Epithélium original de l'exocol.
 - b) Trainées d'épithélium malpighien de régénération.
 - c) Vascularisation superficielle.
 - d) Formation d'un kyste.
 - e) Petite érosion vraie.
- B) Test de Schiller correspondant.
- C) Schéma colposcopique suivant nos conventions. (Loc. cit.)



SCHÉMA 3.

- A) Image colposcopique d'après MESTWERDT :
 - a) Plaques multiples de leucoplasie.
 - b) Zone de base.
 - c) Zone de mosaïque.
 - d) Zone de remaniement.
 - e) Ectopie papillaire de l'épithélium endocervical.
- B) Test de Schiller correspondant.
- C) Schéma colposcopique suivant nos conventions. (Loc. cit.)

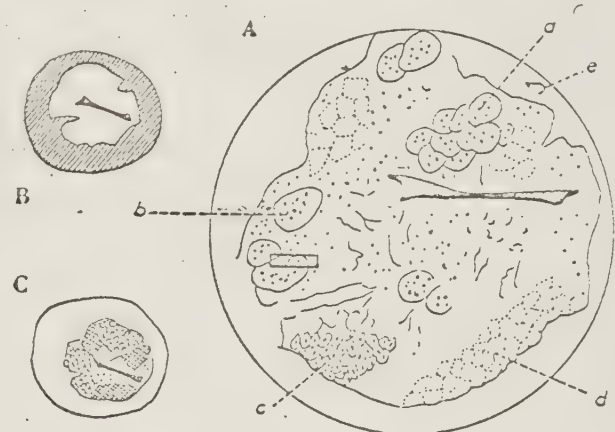


SCHÉMA 4.

- A) Image colposcopique d'après MESTWERDT :
 - a) Zone bosselée avec vaisseaux irréguliers.
 - b) Zone avec bosselures ressemblant à des fraises.
 - c) Bosselures papilliformes avec capillaires en tire-bouchon.
 - d) Zone de mosaïque.
 - e) Kyste glandulaire rompu.
 - f) Siège de la biopsie (microcarcinome).
- B) Test de Schiller correspondant.
- C) Schéma colposcopique suivant nos conventions. (Loc. cit.)

Définition des Populations les plus exposées au cancer du col

- La notion d'âge est importante

La fréquence maximum du cancer du col est observée entre 45 et 55 ans.

Ceci implique d'axer le dépistage sur les femmes de 35 à 55 ans si l'on veut dépister les cancers à leurs stades précoces.

De plus "l'épithélioma in situ" apparaîtrait en moyenne dix ans avant le cancer invasif :

Si personne actuellement ne peut affirmer avec certitude que tout épithélioma in situ deviendra un cancer invasif, et que tout cancer invasif passe par un stade d'épithélioma in situ, Il n'en est pas moins vrai que sur un plan purement pragmatique un certain nombre d'épithéliomas in situ donnent ultérieurement naissance à des cancers invasifs. Ou est donc le droit de chercher à les dépister.

- D'autres éléments permettent de délimiter les populations "à haut risque" :

- La précocité des rapports sexuels ,
- Le nombre de grossesses, leur précocité,
- Le stade de la vie génitale.

- Une autre notion importante est à envisager :

- l'atteinte du col lui-même -

Le cancer atteindrait rarement un col sain, les cols présentant des infections négligées ou des anomalies cellulaires plus ou moins bénignes présenteraient un risque de cancérisation plus important.

R E S U L T A T S

Nous allons présenter dans cette seconde partie les résultats des dépistages des consultations de gynécologie spécialisées de la C.P.C.A.M.R.P. effectués au cours des années 1968 - 1969 - 1970.

I - RESULTATS PORTANT SUR LES ANNEES 1968 - 1969

Le nombre total des assurées examinées pendant ces 24 mois a été de :

2.369 en 1968

2.506 en 1969

soit de 4.875

Cette participation effective aux consultations ayant demandé 8.296 rendez-vous.

Autrement dit 3.421 femmes n'allèrent pas au bout de leur résolution et ne répondirent pas à la convocation qu'elles avaient elles-mêmes sollicitées.

Ces examens consacrés aux dépistages de lésions gynécologiques chez des assurées présumées saines apportent certains résultats qui se répartissent ainsi :

30 %

de résultats normaux sont constatés dans cette fraction de la population féminine.

70 %

des femmes étudiées présentent un examen gynécologique anormal.

Nous noterons d'emblée les 12 % d'affections non cervicales (fibromes prolapsus, lésions annexielles, anomalies mammaires).

Nous mettrons ainsi en évidence que 58 % des troubles découverts ont pour siège le col utérin :

dont :

28 % de cervico-vaginites

- banales 18 %
- trichomonasiques 9 %
- mycosiques 1 %

29,5 % d'anomalies du revêtement du col utérin avec en particulier :

- ectropions 14 %
- dyskarioses 1,5 %
- dysplasies régulières 5 %

En résumé :

- 30 % de bilans normaux
- 70 % d'examen pathologiques se décomposant en :
 - . 12 % d'anomalies non cervicales
 - . 58 % de lésions du col

Nous ajouterons que pour l'année 1968 :

- 60 % des femmes étaient asymptomatiques

et

- 40 % présentaient un ou plusieurs signes suivants :
 - . Leucorrhées,
 - . Ménorragies,
 - . Métrorragies,
 - . Douleurs.
- 7 % d'entre elles présentaient des ménométrorragies, ce symptôme ne les inquiétant pas suffisamment pour les faire consulter spontanément.

RESULTATS OBTENUS AU COURS DE L'ANNEE 1966

Nombre de femmes convoquées : 3.979

Nombre de femmes examinées : 2.369

Nombre de femmes examinées
pour la première fois : 2.210

<u>Frottis</u>	Classe I et II	.....	2.119
	Classe III	.....	12
	Classe IV et V	.....	7
	Sans Classe	.....	72

Nombre de femmes réexaminées : 159

<u>Frottis</u>	Classe I et II	.....	141
	Classe III	.....	3
	Classe IV et V	.....	0
	Sans Classe	.....	15

Biopsie 303

Examen normal 699

<u>Anomalies</u> <u>non</u> <u>Cervicales</u>	Prolapsus	.....	100
	Fibrome	.....	176
	Annexe	.....	73
	Seins	.....	12

<u>Cervico-</u> <u>Vaginites</u>	Banales	.....	397
	Trichomonas	.....	224
	Mycose	.....	16

Ulcération du col 3

Polype 134

Ectropion 452

Dyskariose 23

Dysplasie régulière 174

Cancer du col

intra-épithélial	7
invasif	3

RESULTATS OBTENUS AU COURS DE L'ANNEE 1969 ---

Nombre de femmes convoquées : 4.267

Nombre de femmes examinées : 2.506

Nombre de femmes examinées
pour la première fois : 2.279

<u>Frottis</u>	Classe I et II	.....	2.197
	Classe III	.....	6
	Classe IV et V	.....	7
	Sans Classe	.....	69

Nombre de femmes reexaminées : 227

<u>Frottis</u>	Classe I et II	.....	207
	Classe II	.....	7
	Classe IV et V	.....	3
	Sans Classe	.....	10

Biopsie		309
---------	-------	-----

<u>Examen normal</u>		600
----------------------	-------	-----

<u>Anomalies</u>	{	Prolapsus	.....	86
<u>non</u>		Fibromes	.....	143
<u>Cervicales</u>		Annexes	.....	24
		Seins	.....	29

<u>Cervico-</u>	{	Banales	.....	498
<u>vaginites</u>		Trichomonas	.....	210
		Mycose	.....	21

Ulcération du col		12
-------------------	-------	----

Polype		133
--------	-------	-----

Ectropion		286
-----------	-------	-----

Dyskariose		47
------------	-------	----

Dysplasie régulière		67
---------------------	-------	----

Cancer du col

Intra-épithélial	8
Invasif	3

II - RESULTATS PORTANT SUR L'ANNÉE 1970

avec une analyse plus précise en fonction de certains critères :

- l'absence ou l'existence de symptômes,
- la parité (Nullipare, Multipare)
- l'âge en groupant les femmes ayant :
 - moins de 30 ans,
 - entre 30 et 40 ans,
 - entre 40 et 60 ans,
 - plus de 60 ans.
- la période de la vie génitale :
 - avant ou après la ménopause.

DONNEES GLOBALES

En 1970, 4213 femmes ont été convoquées à nos consultations.

2589 femmes, soit 61,45 % de volontaires se sont effectivement présentées. Il existe donc un pourcentage important de femmes, 38,55 % qui ont reculé au dernier moment.

Parmi ces 2589 femmes, 305 ont été reconvoquées pour des motifs divers (frottis non classés, frottis suspects, ectropion surinfecté, dyscheriose, dysplasie nécessitant une biopsie, cervicite).

STATISTIQUES GLOBALES

Statistiques globales portant sur 2.589 femmes	Nombre de cas	Pourcentage
Femmes saines	525	21 %
Femmes asymptomatiques	1847	67,9 %
Femmes présentant des troubles fonctionnels	742	32,02 %
<u>LESIONS CERVICALES :</u>	1941	74,9 %
Cervicovaginites banales	793	30,53 %
Cervicovaginites à Trichomonas	170	6,57 %
Cervicovaginites mycosiques	22	0,85 %
Polypes	115	4,44 %
Ulcération du Col	10	0,39 %
Zone de remaniement	334	12,9 %
Ectropion	357	14,18 %
Dysplasies	43	1,66 %
Mosaïque	24	0,93 %
Dyskariose	14	0,54 %
Leucoplasie	59	2,28 %
Biopsie	166	6,5 %
<u>LESIONS NON CERVICALES :</u>	176	6,6 %
Fibrome	131	5 %
Prolapsus	35	1,3 %
Annexes	20	0,7 %
<u>Cancers du col :</u>	10	0,38 %
intra-épithélial	7	
invasif	3	

26

A - STATISTIQUES GLOBALES (Tableau I)

En examinant ce tableau nous sommes tout d'abord frappés par le pourcentage assez faible de femmes qui n'ont :

- . ni lésions génitales,
- . ni troubles fonctionnels (métrorragies ou leucorrhées)

Compte tenu de ces deux facteurs associés on ne retrouve que 21 % de femmes qui n'ont strictement rien tant sur la plan fonctionnel qu'organique.

En poursuivant notre examen nous trouvons :

- . 742 femmes (soit 32,02 %) qui ont des manifestations fonctionnelles.
- . 176 anomalies non cervicales (soit 6,6%) dont 131 (soit 5%) de fibromes.
- . 1941 anomalies cervicales (soit 74,9%)

Parmi ces anomalies cervicales on peut constater un nombre important de cervico-vaginites banales (793 soit 30,63%) et de cervico-vaginites à trichomonas (170 soit 6,57%).

On retrouve 22 vaginites mycosiques soit 0,85%.

Le nombre assez élevé des parasitoses à trichomonas retrouvées lors de dépistage systématique est assez intéressant.

D'une part l'infestation de la femme entraîne à peu près toujours celle du mari, ou vice-versa, et un traitement adéquat et bien suivi sera rapidement curatif dans 99 % des cas environ.

D'autre part, certains auteurs (NETTER, VARANGOT) se demandent jusqu'à quel point la vaginite à trichomonas ne joue pas un rôle prédisposant au cancer du col d'autant qu'elle s'accompagne d'une exocervicite.

La vaginite à trichomonas est deux fois plus fréquente chez la femme atteinte de cancer (ceci dans leurs statistiques).

On retrouve 10 ulcérations bénignes du col et 115 polypes (soit 4,44%)

Les ectropions constituent l'une des lésions les plus fréquentes, survenant dans 357 cas soit 14,18 %. Ces lésions sont souvent infectées. Leur tendance à la cicatrisation spontanée se fait par épidermisation métaplasique aboutissant soit à une cicatrice normale, soit à une dysplasie, quelquefois à un cancer.

On retrouve aussi :

- 43 dysplasies (dont 6 dysplasies irrégulières) soit 1,66 %
- 24 mosaïques soit 0,93 %
- 14 dyskarioses soit 0,54 %
- et un nombre élevé de leucoplasies (59 soit 2,28 %)

Toutes ces lésions dysplasiques appellent à une surveillance systématique.

Une banale leucoplasie peut masquer un cancer.

Ainsi un nombre important de lésions cervicales ont été détectées.

Les médecins des assurées ont été avertis et un traitement a pu être entrepris.

Or ces lésions favoriseraient l'apparition du cancer. Actuellement la majorité des cancérologues pense que l'état inflammatoire ou dysplasique du col, quelle que soit son origine, inflammatoire, obstétricale, traumatique, réaliserait pratiquement un état précancéreux.

La meilleure prophylaxie du cancer du col est donc bien le traitement et la surveillance de ces lésions chroniques, restituant l'intégrité de l'épithélium cervical.

TABLEAU II

ROLE DE LA MENOPAUSE

	Période d'activité génitale non ménopausées		Ménopausées	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Total sur 2589 assurées	1699	100 %	885	100 %
<u>Signes fonctionnels</u>				
Métrorragies	78	36,7 %	49	23 %
Ménorragies	39		3	
Leucorrhées	401		131	
Douleurs	107		21	
Cervico vaginites banales	548	40,9 %		32,5 %
Trichomonas	128			
Mycoses	19			
Polypes	83		32	
Ulcération du col	9		1	
Zone de remaniement	265		49	
Ectropions	332	19,9 %	35	3,9 %
Dyskariose	8		6	
Dysplasies régulières	26		11	
Dysplasies irrégulières	4		2	
Leucoplasie	47		12	
Mosaïque	21		3	
Frottis				
Classe I	146		100	
Classe II	1536		769	
Classe III	4		2	
Classe IV - V	5		3	
Non classés	9		11	
Fibromes	118	69 %	13	1,45 %

22

B - ROLE DE LA MENOPAUSE (Tableau II)

Nous voyons que dans l'ensemble les femmes ménopausées paraissent plus souvent saines que les femmes réglées.

36,7 % des femmes non ménopausées présentent des troubles fonctionnels.

23 % des femmes ménopausées seulement ont des manifestations fonctionnelles.

On retrouve 40,9 % de cervico-vaginites chez la femme réglée et 32,5 % chez la femme ménopausée. La différence est ici peu importante, l'infection semblant n'épargner ni les unes ni les autres.

Cependant les ectropions atteignent 19,9 % des femmes réglées et seulement 3,9 % des femmes ménopausées.

Les fibromes sont plus fréquents chez la femme non ménopausée (6,9 %) que chez la femme ménopausée (1,4%).

ROLE DE LA PARITE ET DE L'AGE

TABLEAU III

	PRIMO-CONVOQUEES								RECONVOQUEES			
	< 30 ans Nulli- Multi- pare pare		30 à 40 ans Np. Xp.		40 à 60 ans Np. Xp.		> 60 ans Np. Xp.		< 40 ans Np. Xp.		> 40 ans Np. Xp.	
Total calculé sur 2.589	41	58	49	212	546	1323	14	36	15	41	71	178
<u>Signes fonctionnels :</u>												
Métrorragies	1	3	1		27	73	2		3	1	2	
Ménorragies				5	6	23				1		7
Leucorrhées	20	12	19	66	90	264	2	3		1	10	45
Douleurs	2	4	9	17	34	53	1	1		1	2	4
<u>Cervico-vaginites :</u>												
Banales	12	30	16	76	148	438	4	9	2		14	30
Trichomonas	6	6	10	13	38	86	1	1		2		7
Mycoses	1	6		5	2	6					1	1
Polype				8	25	82						
Ulcération du col					2	8						
Zone de remaniement	4	3	5	43	34	204				5	3	32
Ectropions	13	32	8	49	24	153				15	11	57
Dyskarioses	1			2	6	4				1		
Dysplasies régulières	1			2	12	21			1			6
Dysplasies irrégulières					3	3						
Leucoplasies		2		5	12	26				1	1	12
Mosaïque				1	5	18						
Classe I	8		3	16	60	97	2	6	6	12	15	22
Classe II	33	58	44	193	475	1207	12	30	8	28	55	154
Classe III			1		2	8				1		1
Classe IV - V				2	3	3			1		1	1
Non classés			1		8	13		2				
Fibromes			2	9	31	78				1		10

EN FONCTION DE L'AGE

	< 30 ans	30 à 40 ans	40 à 60 ans	> 60 ans
Nombre d'assurées	103	313	2108	60
<u>Signes fonctionnels</u>	43	41,7%	122	38,9%
Métrorragies	5	3	92	2
Ménorragies		6	36	
Leucorrhées	32	86	399	15
Douleurs	6	27	90	3
<u>Cervicovaginites</u>	63	61,1%	122	38,9%
Banales	44	92	610	13
Trichomonas	12	25	129	4
Mycose	7	5	10	
<u>Lésions du col</u>	63	61,1%	139	43,4%
Polypes		8	107	
Ulcération du col			10	
Zone de remaniement	9	51	273	
Ectropions	50	67	245	
Dyskariose	1	3	10	
Dysplasie	1	3	39	
Leucoplasie	2	6	51	
Mosaïque		1	63	
Fibromes		12	3,8 %	119
			5,6 %	

C - INTERCOURS ET L'AGE (Tableau IV)

En examinant le tableau IV nous voyons que plus la femme est jeune plus elle présente de risque d'avoir une lésion génitale méconnue :

Avant 30 ans, 61,1 % des femmes examinées présentaient des cervico-vaginites alors qu'entre 30 et 40 ans on en retrouve 38,9 %.

Entre 40 et 60 ans le pourcentage est de 35,5 %.

Au dessus de 60 ans le pourcentage s'abaisse à 28,3 %.

On retrouve 61,1 % de femmes porteuses de lésions cervicales avant 30 ans, 43,4 % entre 30 et 40 ans et 37,8 % entre 40 et 60 ans.

EN FONCTION DE LA PARITE

Nombre de femmes	Mullipares : <u>914</u>		Multipares : <u>1848</u>	
Signes fonctionnels	<u>230</u>	25,1 %	<u>584</u>	32,9 %
Métrorragies	35		77	
Ménorragies	6		36	
Leucorrhées	141		391	
Douleurs	48		80	
Cervico vaginites	<u>255</u>	27,8 %	<u>716</u>	38,7%
Banales	196		583	
Trichomonas	55		115	
Mycose	4		18	
Affections du col	<u>171</u>	18,7 %	<u>795</u>	43,02%
Polype	25		90	
Ulcération	2		8	
Zone de ramaniement	46		287	
Ectropion	<u>56</u>	6,1 %	<u>306</u>	16,5 %
Dyskariose	7		7	
Dysplasie	17		32	
Leucoplasie	13		46	
Mosaïque	5		19	
Fibromes	<u>33</u>	3,6 %	<u>87</u>	4,8 %

D - INFLUENCE DE LA PARITE (Tableau V)

En examinant le tableau V nous voyons que le pourcentage de femmes saines est plus élevé chez la nullipare que chez la multipare.

Le pourcentage de lésions du col s'accroît considérablement avec la parité, s'élevant de :

18,7 % chez la nullipare
à
43,02 % chez la multipare.

En particulier parallèlement le pourcentage d'ectropions passe de 6,1 % à 16,5 %.

Le taux d'accroissement des cervico-vaginites selon la parité est un peu plus faible passant de 27,8 % chez les nullipares à 38,7 % chez les multipares.

ETUDE DES CANCERS

I - On peut rappeler brièvement les critères de définition du Cancer

intra-épithélial du col de l'utérus.

C'est une lésion néoplasique du revêtement du col (exo ou endocol) sans envahissement du tissu conjonctif sous épithélial.

Il peut être défini :

- 1) par des modifications de l'architecture tissulaire et des anomalies cytologiques qui le distingue des dysplasies banales.
- 2) par ses rapport avec le tissu conjonctif et ses caractères topographiques qui le distinguent du cancer invasif.

1°) Les anomalies de l'épithélium lui-même :

- Anomalies de l'architecture de l'épithélium :

La plus importante est l'anaplasie ou l'absence de différenciation des cancers cellulaires, qui s'accompagne de l'absence de glycogène.

- Anomalies des cellules :

- Anomalies du cytoplasme et des membranes cellulaires (cytoplasme peu abondant, dense, basophile. Le microscope électronique montre qu'il existe une indifférenciation des membranes et des desmosomes (MORICARD et CARTIER) qui explique probablement la facilité de desquamation des cellules de l'épithélioma intra-épithélial et la grande quantité des cellules pathogènes trouvées dans les frottis même pour des lésions de petite taille).

- Anomalies des noyaux interphasiques (noyaux inégaux - de forme irrégulière...)
- Anomalies des cellules en division portant sur le nombre, le siège et la forme des mitoses.
- Intensité du métabolisme du D.N.A. considérablement augmenté par rapport à ce qui existe dans un épithélium normal ou dans les dysplasies à noyaux régulier (mis en évidence par les travaux de MORICARD et GOTHIE)

- Epithélioma intra-épithélial développé à partir d'une leuconplasie

Les anomalies cytologiques semblent s'accompagner d'une différenciation des couches cellulaires avec formation d'une couche de kératose superficielle. Les cellules qui desquament sont anuclées et les anomalies nucléaires peuvent manquer sur les frottis.

2°) Les rapports entre l'épithélioma intra-épithélial et le tissu conjonctif

- La membrane basale est continue
- Il n'y a pas de tendance invasive dans le chorion

Sur le plan évolutif un grand nombre de malades présentant de telles lésions et soumises à une étroite surveillance médicale évoluaient après une dizaine d'années vers un cancer utérin banal.

De même les enquêtes épidémiologiques montraient que l'âge d'élection de la lésion dénommée épithélioma in situ du col utérin survient une dizaine d'années avant celui du cancer cervical.

Enfin, encore que sujet à caution, il semblerait que dans les régions où le dépistage de masse par frottis vaginaux a pu être effectué et longtemps poursuivi, permettant ainsi un traitement de la lésion, la morbidité du cancer cervico-utérin aurait baissé.

On peut penser que l'épithélioma intra-épithélial est un état de précancer précédant l'épithélioma envahissant du col qui en est au stade terminal.

Ceci étant, dans l'état des connaissances actuelles, une hypothèse, bien que diverses expériences aient pu étayer cette augmentation (KURIHARA-JAPON)

Il semble malgré tout que cette évolution ne soit pas obligatoire (PETERSEN et KOTTMEIER). D'autre part dans certaines statistiques de dépistage de masse par la cytologie, la fréquence de l'épithélioma intra-épithélial est supérieure à celle du cancer invasif.

Cela signifierait ou bien que le diagnostic d'épithélioma intra-épithélial est fait trop facilement, ou bien qu'un nombre considérable d'épithéliomas intra-épithéliaux n'évoluent pas vers l'invasion.

Enfin l'épithélioma intra-épithélial est-il un stade préliminaire obligatoire de tout cancer invasif ou bien n'est-il qu'une forme particulière de cancer à évolution lente, et longtemps cantonné à l'épithélium. Cette question reste sans réponse actuellement.

Sur le plan de la pathologie générale l'épithélioma intra-épithélial constitue un aspect de la cancérisation des épithéliums.

Sur le plan pratique, en l'état actuel de nos connaissances son diagnostic reste basé sur des critères morphologiques sujets à révision, souvent difficiles à interpréter et à mettre en évidence.

Cependant il n'en reste pas moins vrai que le dépistage de la lésion dénommée "épithélioma in situ", du col utérin, et son traitement constituent une véritable prévention d'un certains nombres de cancers cervico-utérins.

II - Quelques exemples :

Nous présenterons ici quelques observations :

1°) Madame L..... Denise 47 ans Examen le 29 Mai 1970

Cette femme mère d'un enfant ne présente aucun antécédent gynécologique particulier.

Elle n'a pas de signes fonctionnels.

Au toucher vaginal il n'y avait rien à signaler.

L'examen colposcopique montre un aspect de cervicite.

Les frottis sont Classe III

La patiente est reconvoquée pour un nouvel examen six mois plus tard sans avoir eu le traitement anti-inflammatoire conseillé :

- Les frottis reviennent classe IV avec un aspect d'épithélioma intra-épithélial.

La malade est adressée à son médecin traitant :

Le caractère néoplasique de la lésion est confirmé.

Dans un premier temps il a été procédé à une conisation de l'utérus.

Une deuxième intervention sera envisagée.

2°) Madame M..... Marguerite 56 ans Examen le 30 Mai 1970

Cette femme, mère d'un enfant, avait subi en 1965 une hystérectomie subtotale pour fibrome.

Elle présente des leucorrhées jaunâtres intermittentes, jamais de métrorragies.

Au toucher vaginal il y avait rien à signaler.

L'examen colposcopique s'avère non praticable ce jour.

Les frottis montrent un aspect de remaniement cervical para-kératosique à noyaux très dyskariotiques.

La malade est reconvoquée en Octobre 1970 après avoir fait pratiquer un traitement anti-infectieux local.

L'examen colposcopique montre aucune anomalie particulière.

Les frottis sont classe IV avec aspect de carcinome épidermoïde différencié.

La malade est envoyée à son médecin traitant. Elle est opérée.

Le contrôle histologie de la lésion a confirmé le diagnostic.

Elle va bien actuellement.

3°) Madame L..... Alice 57 ans Examen le 28 Avril 1969

Cette femme, mère d'un enfant, ayant subi deux fausses couches, est ménopausée à 48 ans.

Elle présente des leucorrhées jaunâtres depuis 1 an, des métrorragies provoquées et spontanées depuis 1 an, ainsi que des rectorragies.

Au toucher vaginal le col est dur, irrégulier. Les culs de sac bridés, sont porteurs de petites nodosités.

Sur la cloison recto-vaginale on sent une zone indurée.

Au toucher rectal : pas d'envahissement sensible mais le doigt revient souillé de sang.

A l'examen le col regarde en arrière le fond vaginal est atrésique.

L'ensemble parait très hémorragique. Présence de bourgeons charnus sur la face postérieure du vagin.

Les frottis sont classe V avec aspect d'un carcinome épidermoïde peu différencié, nécrosé.

La biopsie confirme le diagnostic.

La malade est envoyée à son médecin traitant.

Jugée inopérable elle sera traitée par chimiothérapie et cobaltothérapie.

Elle est décédée le 30 Septembre 1970.

4°) Madame B..... Monique 36 ans Examen le 4 Septembre 1970

Mère d'un enfant cette femme ne présente pas, hormis une fausse couche, d'antécédents obstétricaux ni gynécologiques particuliers.

Le toucher vaginal est normal.

L'examen colposcopique révèle une zone de remaniement.

Le frottis classe III montre un aspect de dysplasie.

Un nouvel examen est pratiqué le 6 Octobre 1970 :

- la biopsie offre "un aspect de dysplasie épithélial atypique assez proche de l'épithélioma in situ".

Les frottis classe IV montrent un aspect d'épithélioma épidermoïde bien différencié.

La malade est adressée à son médecin traitant.

L'hystérectomie totale est abandonnée en raison de l'âge de la patiente (36 ans).

On procède en Février 1971 à une ablation du col.

5°) Madame S..... Gisèle 49 ans Examen du 4 Mars 1970

Mère de 2 enfants, ayant subi plusieurs fausses couches, elle est ménopausée depuis 3 ans.

Elle a eu un curetage pour endométrite en 1963.

Elle présente quelques métrorragies spontanées depuis 3 à 4 mois.

Le toucher vaginal est normal.

La colposcopie révèle un aspect un peu bourgeonnant du col.

Le test de Schiller est iodopositif.

Les frottis non classés montrent une dyskariose et une inflammation.

La biopsie révèle une dysplasie irrégulière avec parakératose.

Un nouveau contrôle est effectué le 20 Mai 1970 après traitement anti-infectieux local :

- le frottis confirme une dysplasie irrégulière avec parakératose.

La malade est envoyée à son médecin traitant.

Une hystérectomie est pratiquée qui confirme le caractère malin de la lésion.

III -ANALYSE DES CANCERS DEPISTES

En 1968 - 1969 - 1970 avec une analyse :

- En fonction de l'absence ou l'existence de symptôme,
- En fonction de la parité,
- En fonction du stade de la vie génitale (Ménopausée ou non ménopausée)
- En fonction de l'âge.

Il a été découvert en :

- 1968 : 0,5 % de cancer du col dont :
 - . 7 épithéliomas intra-épithéliaux
 - . 3 cancers invasifs

- 1969 : 0,43 % de cancer du col dont :
 - . 8 épithéliomas intra-épithéliaux
 - . 3 cancers invasifs

- 1970 : 0,38 % de cancer du col dont :
 - . 7 épithéliomas intra-épithéliaux
 - . 3 cancers invasifs

ETUDE DES RESULTATS

Au cours de ces 3 années 31 cancers du col ont été dépistés.

Ces 31 cancers du col se divisent en 22 épithéliomas dits "in situ" et 9 épithéliomas invasifs.

Soit en pourcentage (par rapport aux 7.464 femmes examinées en 1968, 1969 et 1970) :

- 0,41 % de cancers du col
dont 0,29 % de cancers in situ
- et 0,12 % de cancers invasifs

Ou encore en pourcentage par rapport au nombre de cancers du col dépistés :

- 70,9 % de cancers in situ
- 29 % de cancers invasifs

Il est à noter que 18 de ces cancers sur 31 étaient asymptomatiques.

Parmi les cancers intra-épithéliaux, 16 ont été découverts sans manifestations fonctionnelles soit 77,7 % 6 présentaient des manifestations fonctionnelles (2 leucorrhées - 4 métrorragies).

Parmi les cancers invasifs 2 ont été découverts sans manifestations fonctionnelles soit 22,2 % 7 présentaient des signes fonctionnels (2 leucorrhées - 5 métrorragies).

Le cancer intra-épithélial présenterait donc peu de manifestations fonctionnelles à l'inverse du cancer invasif survenant semble-t'il plus fréquemment chez des femmes ayant des symptômes.

Cette analyse nous permet de conclure que l'absence de manifestations cliniques chez une femme, semble lui conférer une sécurité illusoire car si elle a moins de risques qu'une femme présentant une symptomatologie fonctionnelle d'avoir une lésion gynécologique quelconque, elle en a plus d'avoir un cancer méconnu.

T A B L E A U A

Résultats en fonction de l'Age, de la période
de la vie génitale, de la parité et des signes
fonctionnels.

	22 épithéliomas intra-épithéliaux	9 épithéliomas invasifs
PARITE		
Nullipare	6 27,2 %	2 22,2 %
Multipare	16 72,2 %	7 77,2 %
AGE		
30 à 40 ans	3 13,6 %	0
40 à 50 ans	8 36,6 %	4 44,4 %
50 ans	11 50 %	5 55,5 %
Non ménopausée	13 59,9 %	4 46,6 %
Ménopausée	9 40,9 %	5 55,5 %
Pas de signes fonctionnels	16 77,7 %	2 22,2 %
Signes fonctionnels :		
leucorrhées	2	2
Métrorragies	4	5

ROLE DE LA PARITE

Depuis longtemps les cancérologues ont fait jouer un rôle à la parité dans la genèse du cancer. Certains mettent l'accent sur l'action hormonale pendant la grossesse.

Pour d'autres le rôle du traumatisme obstétrical est prépondérant.

La plupart des auteurs pense que le rôle de l'infection secondaire à beaucoup de grossesses est prépondérant.

On retrouve 8 cancers dépistés chez des nullipares et 23 cancers dépistés chez des multipares.

Il paraît exister une progression marquée: les multipares présentant plus de lésions néoplasiques que les nullipares.

Les pourcentages des cancers intra-épithéliaux comme celui des cancers invasifs suivent cette progression passant respectivement :

- pour les épithéliomas intra-épithéliaux :
de 27,2 % chez les nullipares à 72,2 % chez les multipares.
- pour les épithéliomas invasifs :
de 22,2 % chez les nullipares à 77,2 % chez les multipares.

Les statistiques étrangères confirment le rôle aggravant de la parité :

- Les statistiques de GAGNON faites sur 13.000 religieuses canadiennes, ne découvrirent aucun cancer gynécologique.
- Les statistiques de TOWNE faites sur des religieuses américaines découvrent 53 cancers du corps mais seulement 11 cancers du col.

ROLE DE L'AGE

Chez les femmes de moins de 40 ans on trouve :

- 13,6 % de cancers dits in situ
- Aucun cancer invasif

Chez les femmes entre 40 et 50 ans on trouve :

- 36,6 % d'épithéliomas intra-épithéliaux et
- 44,4 % de cancers invasifs

Chez les femmes de plus de 50 ans on note :

- 50 % d'épithéliomas in situ
- 55,5 % d'épithéliomas invasifs.

La courbe du cancer invasif est croissante avec l'âge passant de 44,4% à 55,5 % (3 d'entre elles soit 33,3% ayant plus de 55 ans).

La courbe du cancer intra-épithélial est répartie comme suit :

- 13,6 % chez les femmes de 30 à 40 ans
 - 36,6 % chez les femmes de 40 à 50 ans
 - 50 % chez les femmes de plus de 50 ans
- (4 d'entre elles, soit 18,1 % ayant plus de 55 ans).

Il semble donc que l'âge du dépistage du cancer intra-épithélial soit plus jeune que celui du cancer invasif. Lors de cette étude nous ne trouvons pas d'épithéliomas infiltrants avant 40 ans, et nous dépistons 13,6 % d'épithéliomas in situ avant 40 ans.

ROLE DE LA MÉNOPAUSE

Il est difficile de lier d'une façon précise à la ménopause la cessation de l'activité hormonale féminine, mais il est vraisemblable que cette dernière se situe aux alentours de la ménopause : pendant, un peu avant, un peu après.

On peut se demander quelle influence pouvait avoir, en ce qui concerne les cancers, ce déficit hormonal.

On retrouve 59,9 % de cancers in situ chez les femmes non ménopausées et 40,9 % chez les femmes ménopausées.

On retrouve 46,6 % de cancers invasifs chez les femmes non ménopausées et 55,5 % chez les femmes ménopausées.

Cette différence entre cancer intra-épithélial et cancer invasif selon le stade de la ménopause est sans doute liée au fait que il y a une différence d'âge entre la femme ménopausée et la femme non ménopausée.

De ce fait on retrouve les différentes statistiques se rapportant à l'âge.

Globalement il y a sur un dépistage de 31 cancers :

- 15 cancers retrouvés chez des femmes non ménopausées soit 48,3 %
- 16 cancers retrouvés chez des femmes ménopauséessoit 51,2 %
soit un pourcentage légèrement plus élevé chez les femmes ménopausées que chez les sujets non ménopausées.

Il peut donc sembler que contrairement aux notions se rapportant au cancer du corps, le cancer du col ne soit pas plus élevé après la ménopause.

ROLE DE LA MÉNOPAUSE

Il est difficile de lier d'une façon précise à la ménopause la cessation de l'activité hormonale féminine, mais il est vraisemblable que cette dernière se situe aux alentours de la ménopause : pendant, un peu avant, un peu après.

On peut se demander quelle influence pouvait avoir, en ce qui concerne les cancers, ce déficit hormonal.

On retrouve 59,9 % de cancers in situ chez les femmes non ménopausées et 40,9 % chez les femmes ménopausées.

On retrouve 46,6 % de cancers invasifs chez les femmes non ménopausées et 55,5 % chez les femmes ménopausées.

Cette différence entre cancer intra-épithélial et cancer invasif selon le stade de la ménopause est sans doute liée au fait que il y a une différence d'âge entre la femme ménopausée et la femme non ménopausée.

De ce fait on retrouve les différentes statistiques se rapportant à l'âge.

Globalement il y a sur un dépistage de 31 cancers :

- 15 cancers retrouvés chez des femmes non ménopausées soit 48,3 %
- 16 cancers retrouvés chez des femmes ménopauséessoit 51,2 %
soit un pourcentage légèrement plus élevé chez les femmes ménopausées que chez les sujets non ménopausées.

Il peut donc sembler que contrairement aux notions se rapportant au cancer du corps, le cancer du col ne soit pas plus élevé après la ménopause.

Examens complémentaires pratiqués :

BIOPSIE et FROTTIS

Tableau B

	30 à 40 ans		40 à 50 ans		> 50 ans	
	Non ménopausée Np.	Ménopausée Xp.	Non ménopausée Np.	Ménopausée Xp.	Non ménopausée Np.	Ménopausée Xp.
FROTTIS						
Suspect non classés	1		1	1		1
Classe III					1	
Classe IV	2			2		4
Classe V	1		1			3
BIOPSIE						
	2		2	9	2	6

T A B L E A U C

Lésions cervicales trouvées à l'examen colposcopique
chez des femmes porteuses de formations néoplasiques

31 cancers dépistés	22 épithéliomas intra-épithéliaux	9 épithéliomas invasifs
25 lésions cervicales soit 83,8 %	17 soit 81,8 %	8 soit 88,8 %
6 cervicites	5	1
3 sténoses de l'orifice externe	2	1
1 col bourgeonnant		1
10 zones de remaniement	6	4
3 ectropions	3	
4 dysplasies et dyskarioses	3	1
4 polypes	1	3
1 zone de base	1	
4 mozaïques	3	1

Dans ce dernier paragraphe on notera le nombre de lésions cervicales dites "banales" retrouvées chez des femmes porteuses de formations néoplasiques (le mode de recrutement de ces patientes étant, rappelons le basé sur le volontariat. Ceci exclut toute possibilité de sélection).

On constate sur 31 cols néoplasiques que 83,8 % sont porteurs de lésions cervicales plus ou moins importantes.

Sur 22 épithéliomas intra-épithéliaux on retrouve 81,8 % de lésions cervicales.

Sur 9 épithéliomas infiltrants on retrouve 88,8 % de lésions cervicales.

Ces anomalies cervicales se répartissent en cervicites banales, zone de remaniement, ectropion, dysplasie et dyskariose, zone de base, aspect de mosaïque, polype

Il est à noter que coïncidant avec le caractère plus ou moins suspects en colposcopie de ces cols on retrouvait des frottis suspects qui ont fait pousser plus loin les examens complémentaires (nouveaux frottis, biopsie) à la recherche d'une néoplasie.

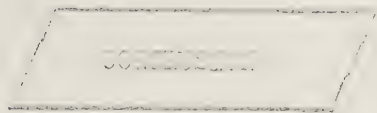
Dans un certain nombre de cas le diagnostic de cancer a pu être établi au retour de la biopsie, dans d'autres cas les patientes ont été reconvoquées quelques semaines plus tard après traitement (anti-infectieux ou autre) de leur col pour un second contrôle.

Le diagnostic de cancer ayant été établi lors de cette deuxième visite.

Ainsi ont été confirmés des états néoplasiques chez des femmes, lors d'un premier examen, associés à des frottis suspects (non classés ou classe III) un certain nombre de lésions du col à type de :

- Cervicite +	<u>frottis classe III</u>	➤	Reconvoquée après traitement anti-infectieux.
- Ectropie +	<u>frottis non classés</u>	➤	Reconvoquée pour complément d'examen.
- Ectropie, mosaïque et cervicite	<u>frottis non classés</u>	➤	Reconvoquée après traitement.
- Cervicite et dyskariose	<u>frottis non classés</u>	➤	Reconvoquée après traitement anti-infectieux.
- Dysplasie - Zone de remaniement	<u>frottis classe III</u>	➤	Reconvoquée pour complément d'examen.
- Mycose - Zone de remaniement - Zone de base	<u>frottis classe III</u>	➤	Reconvoquée après traitement anti-infectieux.
- Zone de remaniement dystrophique	<u>frottis non classés</u>	➤	Reconvoquée pour complément d'examen.

Les lésions inflammatoires, et les dysplasies du col masquant une affection néoplasique semblent donc suffisamment fréquentes pour qu'on les traite et les surveille régulièrement.



Au terme de cet exposé, il apparaît un espoir de diminution de la mortalité de ce cancer, par dépistage des lésions précoces, au stade intra-épithélial.

L'espérance de vie est à ce stade de l'évolution à son maximum.

Par ailleurs une prophylaxie du cancer peut être envisagée à travers le dépistage des affections non cancéreuses du col:

- cervico-vaginites négligées,
- ectopies cervicales mal cicatrisées,

en général toutes les lésions dysplasiques et inflammatoires locales.

Ce dépistage d'affections non cancéreuses prend toute sa valeur si l'on admet qu' "un cancer survient rarement sur un col sain".

Il semble donc intéressant de répandre la notion de périodicité des examens gynécologiques tant cliniques que cytologiques, chez des femmes apparemment saines.

Si en théorie la généralisation de ces examens de dépistage s'impose, en pratique on ne peut ignorer les difficultés qui en surgissent, gênant sa mise en application.

Il n'est pas possible dans l'immédiat de prévoir, pour des raisons financières et techniques, des examens systématiques, gratuits et réguliers pour toutes les femmes. Seule une action progressive peut être entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

- Dépistage du cancer utérin - Concours 1961. 5 Juin 1961 - 3^e - N° 27 .
5765.5766
- Vaginites infectieuses - Bordeaux Médical - N° 10 . Octobre 67
- Diagnostic précoce et dépistage des cancers du col utérin (Pr. J. GARNIER)
- Cancer du col et grossesse (Pr. Agrégé SENEZE)
- BERGER J. - Développement du dépistage du cancer en gynécologie depuis la 1^{re} moitié du siècle - Gynaecologia, 1968, 166 . N° 2 (Résumé français)
- BOIRAN et VILLET I. - La cytologie des carcinomes du col utérin - A propos du diagnostic cytologique de 350 carcinomes utérins, réalisés sur 14.000 examens de dépistage . Cr. Société Franç. Gyné. Mai 65
35, N° 5, 305.312
- BRET J. et COUPEZ F. - Rôle de la colposcopie dans le dépistage précoce du cancer du col - Vie Méd. Mai 1970, 31, N° 17, 970.990
- CHAILIER P.J. - Problèmes du dépistage du cancer génital (col utérin) - Le personnel hospitalier (Arch. Mal. Prof. Av. Mai 66. 27)
- CHERBONNET G. - Rôle du praticien dans le dépistage du cancer du col (Arch. Praticien 1er Juin 67. 17, N° 15).
- CHRYSLER J.M. - Peut-on prévenir le cancer du col ? Vie Méd., mai 1966. 27, N°17
- BEYDIER C. - A propos d'une expérience française de dépistage du cancer du col utérin en milieu industriel (Thèse Lyon - 1969, 20 Juillet 1969, 222, N° 29)

- DUPHY A. - Les frottis de dépistage - Pourquoi, quand, comment ? Vie Médicale . Mai 1970 - 51, N° 17
- FABRE M. - Le dépistage du cancer du col utérin envisagé au point de vue économique et social - Concours Médical, 30 Avr. 1969. N° 18
- MICHELLE J. - Dépistage systématique des lésions gynécologiques - Concours Médical, 4 Nov. 1967, 92, N° 44
- ORCEL L. et ANDRIN C. - Le rôle de l'anatomopathologie dans le dépistage du cancer du col - Vie Médicale, Mai 1970, 51, N° 17.
- WEILL G. et DELAGE S. - Moyens actuels de dépistage du cancer utérin en pratique courante - Strasbourg Médical Juillet 69, 112, N° 7

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
ORGANISATION DU DEPISTAGE	
I - Rappel de l'organisation des Examens de Santé.	3
II - Organisation des consultations de gynécologie spécialisées.	4
- Principales lésions du col	11
- Définition des populations les plus exposées au cancer du col.	15
RÉSULTATS	
I - Résultats portant sur les années 68 - 69	18
- résultats partiels 68	20
- résultats partiels 69	22
II - Résultats portant sur l'année 70	24
A - Statistiques globales	
Tableau I	25
B - Rôle de la ménopause	
Tableau II	28
C - Influence de l'âge	
Tableau IV	31
D - Influence de la parité	
Tableau V	35

ETUDE DES CANCERS

I - Rappel des critères de definition du cancer 35
intra-épithélial.

II - Quelques exemples. 38

III - Analyse des cancers dépistés 43

 - Etude des résultats :

 - Tableau A :
 Résultats en fonction de la parité
 de l'age, de la ménopause et des
 signes fonctionnels. 47

 - Tableau B :
 Examens complémentaires pratiqués..... 51

 - Tableau C :
 Lésions cervicales "associées"
 au cancer..... 52

CONCLUSION 55

BIBLIOGRAPHIE 57

